

DATEN DER HEBAMME

Hebamme:	Kassenhebamme	VPNR:
ÖHG Registrierungsnummer:	Wahlhebamme	

PERSONALIEN DER MUTTER

Geburtennummer:	Alter der Mutter:	Jahre
PLZ:	Wohnort:	Bundesland:
Höchste abgeschlossene Berufsausbildung		
Kein Schulabschluss	Pflichtschule ohne Lehre	Pflichtschule mit Lehre
Berufsbildende mittlere Schule	AHS/BHS (Matura)	Hochschule/Fachhochschule

ANAMNESE

Erstkontakt: + SSW	Anzahl der Kontakte in der Schwangerschaft:
Errechneter Geburtstermin:	Korrigierter Geburtstermin:
Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften:	Davon Lebendgeburten:
	Davon Todgeburten:
	Davon Sectiones:
	Davon vag. op. Entbindung:
Größe: cm	Körpergewicht vor der Schwangerschaft: kg
	Letztes Gewicht vor der Geburt: kg
Rauchen im letzten Trimester (nach der 28.SSW) Ja Nein	

ANGABEN ZUR GEBURT

Gepplanter Geburtsort:	Entfernung Hebamme zum Wohnort der Frau: km		
Hausgeburt	Entfernung Wohnort der Frau zur Hebammenpraxis: km		
Hebammenpraxis			
Krankenhaus			
Tatsächlicher Geburtsort:	Hausgeburt	Hebammenpraxis	Krankenhaus
Anwesende bei der Geburt:	Hebamme	Zweite Hebamme	Ärztin/Arzt
Betreuungsbeginn am . .20 um :			
Erster MM Befund am . .20 um :	MM Weite: cm		
Wehenbeginn:	Herzkontrolle mit:		
am . .20 um :	Dopton		
unbekannt	CTG		
	Hörrohr		
	Nicht möglich		
Blasensprung	Amniotomie	Fruchtwasser:	missfärbig
am . .20 um :	klar		
unbekannt			
Medikamente unter der Geburt:			
keine	Spasmolytika	Oxytocin	Tokolytika Analgetika Sonstige
MM vollständig eröffnet am . .20 um :			
Gebärposition:			
Rückenlage	Seitenlage	Vierfüßlerstand	Stehend
Hockend	Hocker	Wassergeburt	Sonstige
Kindslage: Regelrechte Schädellage	Regelwidrige Schädellage	Sonstige	
Episiotomie: keine	median	medio-lateral	
Geburtsverletzung:			
keine	DRI	DRII	DRIII/IV
Labienriss	Scheidenriss	Cervixriss	Klitorisriss
Naht: Ja Nein	Versorgt durch: Hebamme	Ärztin/Arzt	Krankenhaus
Plazenta am . .20 um :	vollständig		unvollständig
Abgenabelt am . .20 um :	Auspulsiert: Ja Nein		
Blutverlust	unter 500ml	über 500ml	über 1000ml

ANGABEN ZUM KIND

Geburt am . .20 um :		SSW: + SSW	
Geschlecht: Männlich		Weiblich Unklar	
Gewicht: g	Größe: cm	Kopfumfang: cm	
APGAR: 1 Minute:	5 Minuten:	10 Minuten:	
Reanimation: Ja Nein			

VERLEGUNG GEBURT

Geburt verlegt am . .20 um :		SSW: + SSW	
Notfall: Ja Nein		Transport: Rettung Privatauto	
Ins Krankenhaus: (Name, PLZ)			
Grund:			
Geburtsstillstand Schmerzmedikation	Vorzeitiger Blasensprung ohne Wehenbeginn Missfärbiges Fruchtwasser	Kindliche Herztöne Sonstiges	
Geburtsmodus im Krankenhaus: Spontan Vaginal operativ Sectio			

VERLEGUNG NACH DER GEBURT

Verlegung am . .20 um :		SSW: + SSW	
Notfall: Ja Nein		Transport: Rettung Privatauto	
Ins Krankenhaus: (Name, PLZ)			
Mütterlicher Grund:		Kindlicher Grund:	
Plazentalösungsstörung Höhergradige Dammverletzung Erhöhter Blutverlust Sonstiges	Anpassungsstörung V.a. Infektion Kindliche Fehlbildung Sonstiges		

Datum:

Unterschrift/Stempel der Hebamme:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Geburtenregister Österreich
Anichstraße 35
6020 Innsbruck
Tel. 0512/504-22313
Fax. 0512/504-22315

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das ÖHG:

ak-gebregister@hebammen.at

Christine Rieger MSc, Kathrin Schwarzenberger MSc